



Carimbo de Registro de Paciente

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
E SAÚDE COMUNITÁRIA

**PACOTE DE AVALIAÇÃO DE LINHA DE BASE DE PACIENTES
PARA AVALIAÇÃO DE DOR CRÔNICA**

Departamento de Medicina Familiar e Saúde Comunitária

Seu Nome: _____ Data: _____

Pedimos a todos os pacientes que necessitam de ajuda para controlar a dor crônica que preenchem alguns materiais de auto avaliação.

O preenchimento destes materiais é totalmente voluntário. Porém, eles serão muito úteis para ajudar seu(sua) provedor(a) de atendimento primário a, junto com você, tomar as melhores decisões relativas a seu tratamento para a sua dor.

Eles irão melhorar a qualidade do atendimento que damos a nossos pacientes que sofrem de dores.

Por favor, preencha os questionários da forma mais cuidadosa possível. Seu(sua) Médico(a) de Atendimento Primário irá revisá-los com você durante a sua consulta anual.

Algumas das perguntas serão repetidas à cada consulta, tais como os níveis atuais de sua dor e de sua funcionalidade.

Se você tiver quaisquer dúvidas ao preencher os formulários, por favor, sinta-se à vontade para pedir ajuda às enfermeiras ou aos funcionários administrativos.

UM BREVE HISTÓRICO DE DOR (FORMULÁRIO CURTO)© 1991

Charles S. Cleeland/Grupo de Pesquisa em Dor –Usado com Permissão.

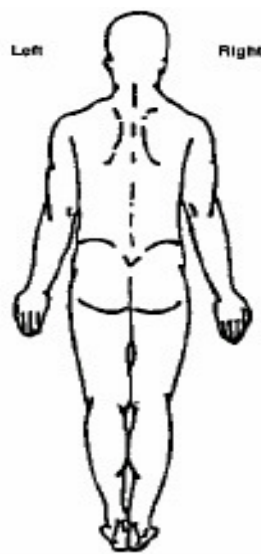
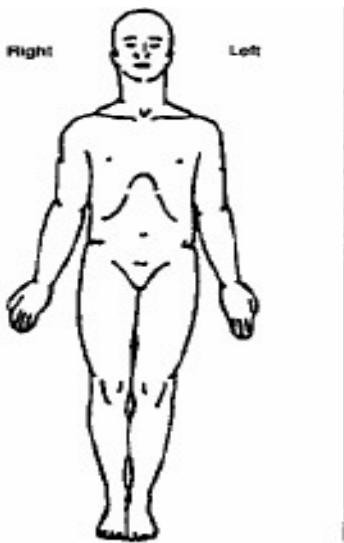
1. Durante nossas vidas, quase todos nós sentimos alguma dor de tempos em tempos (tais como pequenas dores de cabeça, torções e dores de dentes). Você sentiu hoje algum tipo de dor diferente dessas dores de todo dia?

SIM NÃO

2. No diagrama abaixo, sombreie as áreas onde você sente dor. Coloque um "X" sobre a área que dói mais.

FRENTE

COSTAS



(left = esquerdo; right = direito)

3. Por favor, classifique a sua dor assinalando o quadrado ao lado do número que melhor descreve sua dor em seu **pio**r momento nas últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem
Dor

Dor tão Forte quanto
Você Possa Imaginar

4. Por favor, classifique a sua dor assinalando o quadrado ao lado do número que melhor descreve sua dor em **média**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem
Dor

Dor tão Forte quanto
Você Possa Imaginar

5. Por favor, classifique a sua dor assinalando o quadrado ao lado do número que indica a intensidade da dor que você está sentindo **neste momento**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem
Dor

Dor tão Forte quanto
Você Possa Imaginar

6. Por favor, classifique a sua dor assinalando o quadrado ao lado do número que melhor descreve a sua dor em seu **melhor** momento nas últimas 24 horas.

USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (AUDITORIA)—Por favor, circule a sua resposta em cada questão.					
Com que frequência você toma uma bebida que contenha álcool?	(0) Nunca	(1) Mensalmente	(2) 2-4 vezes por mês	(3) 2-3 vezes por semana	(4) 4 ou mais vezes por semana
Quantas bebidas contendo álcool você toma em um dia típico quando você está bebendo?	(0) 1-2	(1) 3 ou 4	(2) 5 ou 6	(3) 7 a 9	(4) 10 ou mais
Com que frequência você toma seis ou mais bebidas alcoólicas em uma única ocasião?	(0) Nunca	(1) Menos do que mensalmente	(2) Todo mês	(3) Toda semana	(4) Todo dia ou quase todo dia
Com que frequência durante o último ano você descobriu que não era capaz de parar de beber após ter começado?	(0) Nunca	(1) Menos do que mensalmente	(2) Todo mês	(3) Toda semana	(4) Todo dia ou quase todo dia
Com que frequência durante o último ano você fracassou em fazer o que se espera normalmente de você devido à bebida?	(0) Nunca	(1) Menos do que mensalmente	(2) Todo mês	(3) Toda semana	(4) Todo dia ou quase todo dia
Com que frequência durante o último ano você precisou tomar uma bebida logo de manhã para conseguir continuar seu dia depois de uma sessão pesada de bebidas?	(0) Nunca	(1) Menos do que mensalmente	(2) Todo mês	(3) Toda semana	(4) Todo dia ou quase todo dia
Com que frequência durante o último ano você foi incapaz de lembrar o que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?	(0) Nunca	(1) Menos do que mensalmente	(2) Todo mês	(3) Toda semana	(4) Todo dia ou quase todo dia
Você ou alguma outra pessoa já se feriu porque você estava bebendo?	(0) NÃO	(2) SIM, mas não no último ano	(4) SIM, durante o último ano		
Algum(a) amigo(a), parente ou médico(a) ou outro profissional de saúde já mostrou preocupação com sua bebida ou sugeriu que você diminuísse a bebida	(0) NÃO	(2) SIM, mas não no último ano	(4) SIM, durante o último ano		
PARA USO DO ESCRITÓRIO: Total score _____					

HISTÓRIA DE TRAUMA INTERPESSOAL	Nunca	Algumas vezes	Geralmente	Muito freqüente
1. Quando eu era menor pessoas na minha família me batiam com tanta força, que eu tinha hematomas ou marcas roxas	1	2	3	4
2. Quando eu era menor, alguém tentou me tocar de uma maneira sexual ou tentou fazer com que eu o(a) tocasse	1	2	3	4
3. Você já teve um relacionamento onde seu(sua) parceiro(a) o(a) empurrou ou te deu um tapa?	SIM		NÃO	
Você já teve um relacionamento onde seu(sua) parceiro(a) o(a) ameaçou com violência?	SIM		NÃO	
Você já teve um relacionamento onde seu(sua) parceiro(a) atirou, quebrou ou deu soco em alguma coisa?	SIM		NÃO	
PARA USO DO ESCRITÓRIO: Total score 1 & 2: _____				

Problemas com o uso da medicação ou outras drogas- Questionário DAST		
<i>Estas questões referem-se aos últimos 12 meses</i>		
Você já usou drogas ou medicamentos com receita médica de outras formas que não sejam aquelas necessárias por motivos médicos?	Sim	Não
Você já usou mais do que uma droga ou medicação ao mesmo tempo?	Sim	Não
Você já se sentiu que não conseguia parar de usar drogas ou medicações quando você quis parar?	Sim	Não
Você alguma vez já teve desmaios ou “flashbacks” em consequência do uso de drogas ou medicações?	Sim	Não
Você já se sentiu culpado(a) ou mal devido ao uso de drogas ou medicações?	Sim	Não
Algum parente ou amigo(a) alguma vez já se queixou sobre seu uso de drogas ou medicações?	Sim	Não
Você alguma vez negligenciou a sua família devido ao uso de drogas ou medicações?	Sim	Não
Você alguma vez já se envolveu em atividades ilegais para obter drogas ou medicações?	Sim	Não
Você já teve sintomas de abstinência (sentir-se doente) ao parar de tomar drogas ou medicações?	Sim	Não
Você já teve problemas médicos como consequência de seu uso de drogas ou medicações (por exemplo, perda de memória, hepatite, convulsões)?	Sim	Não
PARA USO DO ESCRITÓRIO SOMENTE: Total score _____		

Estabelecer Metas

Pense em uma época quando você conseguia fazer mais coisas que você gostava. Quais são essas coisas que você gostaria de fazer novamente se você sentisse menos dor? [por exemplo: se exercitar, cuidar do jardim, limpar a casa, encontrar um emprego, brincar com os netos, ter um momento mais íntimo ou um relacionamento melhor com seu(sua) esposo(a)/parceiro(a)]

1. _____
2. _____
3. _____

Estabelecer Metas

Relacione três medidas que você pode tomar para conseguir fazer **uma** das coisas que você teve que desistir de fazer devido à dor

1. _____
2. _____
3. _____

Quais os obstáculos que você teria que ultrapassar para conseguir alcançar suas metas? (por exemplo: tempo, dinheiro, influência de amigos/família, atitudes)

1. _____
2. _____
3. _____